

F A X 予 約 申 込 書 (大腸X線検査)

【 FAX : 052-621-0310】

令和 年 月 日

受診者

フリガナ

氏名 _____ 様

性別 男 ・ 女

生年月日 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日

住 所 _____

電話番号 _____

とどろきクリニックへの受診歴 (あり ・ なし)、診察券 (あり ・ なし)

検 査 希 望 日 (金曜日 AM のみ) 至急など金曜日以外はお電話にて日程調整致します

- | | | | | | | | | |
|----|----|---|---|---|---------|---|----------|---|
| 1. | 令和 | 年 | 月 | 日 | AM9:30～ | ・ | AM10:30～ | ・ |
| 2. | 令和 | 年 | 月 | 日 | AM9:30～ | ・ | AM10:30～ | ・ |
| 3. | 令和 | 年 | 月 | 日 | AM9:30～ | ・ | AM10:30～ | ・ |

検 査 目 的

- | | |
|------------------|----------|
| 1、健診異常で二次検査希望 | 2、健康診断希望 |
| 3、その他 (自他覚症状など : |) |

検査希望日の1週間前までにお申し込みください。下剤など前処置ご説明のため当院への検査前受診が必要です。折り返し予約票および検査案内をFAX返信致します(10分以内)。

お 申 し 込 み 先 : とどろきクリニック

F A X : 052-621-0310

電 話 : 052-621-0807